

産大法学 43巻3・4号 (2010, 2)

## 医師不足問題の考察

一国の医師養成政策の変遷と京都府の医師不足対策について

芝 田 文 男

### 1 はじめに

医療政策はすぐれて地域的な問題である。医療はその内容の高度さにより、複数市町村にまたがる一定の圏域から都道府県の範囲で、住民のニーズが満たされることが期待されている。そこで近年の「医療崩壊」の主要原因といわれる医師不足問題について、京都というフィールドから見える地域及び制度全体の課題について、検討する。

京都府全体、特に京都市を中心にみれば医療水準は恵まれた水準にある。人口10万人対の医療施設従事医師数は272.8名と全国平均の206.3人を大きく上回り全国一の水準にある（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2006））。京都大学、京都府立医科大学と医学部を持つ大学が2つあり、それらの附属病院や京都第一、第二日赤病院など公的及び民間の高度な機能を有する医療機関が京都市を中心に数多く存在している。

しかし、京都府を6つの圏域に分けた場合は、表1のとおりである。一見南の2圏域で医師が少なくみえるが、圏域の面積が小さく山城北は京都市に隣接していること、山城南は奈良県の医療機関も利用可能であり、両圏域ともベッドタウンとして人口も医師数も上昇傾向にある（2002年からの医師増加率 山城北112.4%、山城南126%）。南丹地域も京都・乙訓圏域に隣接しており、医師数も116.3%と増加している。従って、近年地域や特定診療科における医師不足が深刻な問題となっているのは丹後、中丹の北部2圏域である（2002年からの医師増加率 丹後-1.2%、中丹-8.7% 全国平均の伸び率は105.6%）。

この論稿では、国の医師養成政策の変遷を検証し、問題点を分析すると

表1 医療圏ごとの医師数

医療圏域名	市町村	人口 平成19年10月	人口10万対医師数 平成18年度 ( ) 対全国平均%
丹後	宮津市、京丹後市、伊根町、 与謝野町	108,657人	151.6人 ( 73.5%)
中丹	福知山市、舞鶴市、綾部市	208,473人	200.4人 ( 97.1%)
南丹	亀岡市、南丹市、京丹波町	146,003人	165.3人 ( 80.1%)
京都・乙訓	京都市、向日市、長岡京市、 大山崎町	1,617,754人	343.8人 (166.6%)
山城北	宇治市、城陽市、八幡市、京 田辺市、久御山町、井手町、 宇治田原町	446,193人	153.1人 ( 74.2%)
山城南	木津川市、笠置町、和束町、 精華町、南山城村	111,430人	114.1人 ( 55.5%)

出典：京都府「健やか長寿の京都ビジョン 京都府保健医療計画」（2008）を元に作成。

ともに、医師不足問題の象徴として、京都府北部、特にかつて4つの公的病院が存在し、医療的に恵まれていた中丹圏域の舞鶴市が医師臨床研修制度見直しの中で、どのように医師が不足し、それが地域医療の在り方や公的病院の経営にどのように影響をもたらしているかを調べ、現在検討されている対策について、その課題と問題点を分析し、対策に関する提言を行うことを試みたい。

## 2 国の医師養成策に対する施策の変遷

まず医師不足の背景・原因の分析のため、国の医師養成政策の推移を検証してみたい。

### （１）実地修練廃止と臨床研修の努力義務化、並びに医師数増加政策

医師の戦後の臨床研修制度の歴史を見ていくと、戦後すぐの1946年に「実地修練制（インターン）」が採用された。これは大学医学部を修了後大学病院で最低１年間の実地修練を行わないと医師国家試験を受験できないという仕組みである。医師免許を持たない不安定な身分のまま大学からは収入もなく診療の補助や雑用をさせられることから、医学生の不満は大きく、1968年実地修練制は廃止された。医学部卒業直後に医師国家試験を受験し医師免許を得た後、２年以上の臨床研修を行うことが医師法上努力義務とされた（臨床研修実施率は1970年約50%→1999年87% 厚生労働省調べ）。

一方、1961年の国民皆保険達成以降急速に増加する医療ニーズに対応するため、医師数を大幅に増員する必要性が生じ、1970年に政府は医師数の目標として1985年を目途に最低限人口10万対150人にすることを表明し、医学部入学定員を4300人から数年内に6000人まで増加する必要があるとした。またへき地医療等医師の地域的偏在を解消するため、1973年に最低限「一県一医科大学」を設置することが目標に掲げられた。この人口10万人対150人の医師数の目標は1983年に達成された。

### （２）国民医療費抑制等を目的とする医師数抑制時代

1973年の石油ショック以降財政も赤字基調となり、1981年に第二次臨時行政調査会が設置され「増税なき財政再建」の掛け声のもと社会保障分野でも制度見直しが進められた。

ドイツでもそれまでの無医地区解消から保険医数の抑制に方針が転換され、1986年保険医需要計画改善法により、保険医過剰地域で高齢の保険医の辞退を促すことが定められた。

日本でも1986年厚生労働省の「将来の医師需給に関する検討会最終意見」でこのままでは2015年頃医師が１割過剰になり、医師の質の低下や国民医療費の増大が予想されるとして、1998年を目途に医師新規参入を10%削減することが目標とされ、文部省に医学部入学定員の削減を求め

た。以下表 2 にあるように、1994年、1998年の厚生労働省の同様の検討会で入学定員 1 割削減の未達成が問題とされ、同様の提言がくり返された。経済は1989年のバブル崩壊後、景気後退を繰り返す低成長時代になり、1997年には財政構造改革の閣議決定の中で国民医療の伸びを経済成長の範囲内とする目標のため、医学部定員削減が謳われた。

興味深いのはこれらの検討のいずれの時点でも、医師は現状では不足しているが将来過剰となり、他方、医師養成には時間がかかるので早めに削減方向で対処する必要があるとされている点である。

表 2 医師養成数と医師臨床研修の主な政策の変遷

	医師養成数政策の変遷	医師臨床研修制度の変遷
1946		大学医学部卒業後大学病院で 1 年以上の実地修練（インターン制）をすることが医師国家試験の受験資格。
1968		実地修練廃止。医学部卒業直後医師国家試験受験し医師免許取得。その後 2 年以上の臨床研修の努力義務化。
1970	最小限必要な医師数を人口10万人対150人とし、1985年を目途に充たすため 4－5 年のうちに医科大学の定員を1700人増加し約6000人とする必要があるとの政府の見解が表明される。	1970年当時 臨床研修実施率 約 50%。
1973	無医大県解消構想、一県一医科大学構想の推進。→1981年医学部定員 8280人。	
1983	人口10万人対150人の目標医師数達成。	
1986	将来の医師需給に関する検討委員会最終意見 1998年目途に医師新規参入を最小限10%削減する必要。→1993年医学部定員7,725人（1981年から7.7%削減）。	

1994	医師需給見直し等に関する検討委員会意見 医学部入学定員10%削減が達成できるよう公立大学等の最大限の努力を希望。	
1997	閣議決定「財政構造改革の推進について」国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内。医学部定員削減。	
1998	医師の需給に関する検討会報告書 新規参入医師削減。→2007年医学部入学定員最低水準7,625人。	
2000		医師法改正。2年の臨床研修義務化。(2004年施行) →1999 臨床研修実施率87%。臨床研修の75%は大学附属病院で行われていた。
2002		医道審議会医師臨床研修検討部会「新たな医師臨床研修の在り方について」 <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門特化した研修からプライマリ・ケアを中心とした幅広い医師の診療能力と人格涵養へ。</li> <li>・二次医療圏に最低一つの臨床研修病院を設ける。</li> <li>・研修医と研修プログラムのマッチング・システムで大学医局に頼らない研修先の決定を行う。</li> </ul>
2004	2月 地域医療に関する関係省庁連絡会議「へき地を含む地域における医師確保等の推進について」医師名義貸し問題発覚でへき地周辺の医師不足対策の必要が認識される。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医療対策協議会で医師確保対策を検討する。</li> <li>・自治体病院の再編・ネットワーク化。</li> <li>・2005年度目途に医師需給見通しの見直し。</li> </ul>	4月 新臨床研修制度開始 大学病院での研修50%弱に減少 →大学病院医師不足から派遣先医療機関からの医師の引揚げ。

2006	<p>医師の需給に関する検討会報告書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院医師の繁忙 医師の診療、教育、会議等の勤務時間を週48時間とするには2022年まで医師不足。</li> <li>・地域や病院・診療所間、小児科・産婦人科・麻酔科などの特定診療科の偏在対策を中心に進める。</li> <li>・医師の不足する県で暫定的に定員を増やす。→医師不足県10県で10名限度の定員の暫定増。</li> </ul>	<p>医道審議会医師臨床研修部会報告書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリ・ケア診療能力の目的は概ね達成。</li> <li>・臨床研修病院指定基準の一部改善。</li> <li>・医師の地域偏在は人口10万対医師数が全国平均を上回る地域の募集定員減を要請することを検討。</li> </ul>
2007	<p>政府・与党 緊急医師確保対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師不足地域への国からの緊急臨時的医師派遣制度の創設。</li> <li>・病院勤務医の過重労働解消対策、女性医師の育児両立環境の整備等の支援策を講じる。</li> <li>・地域・診療科の医師不足対策として奨学金活用、医学部の地元出身者枠拡充、医師不足県の養成数増。→全都道府県で5名（北海道15名）医学部暫定定員増。2008年医学部入学定員7793人。</li> </ul>	<p>左記 緊急医師確保対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医の都市集中は正のための臨床研修病院の定員見直し。</li> </ul>
2008	<p>舩添大臣の検討会 安心と希望の医療確保ビジョン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・従来の閣議決定に代えて医師養成数増加方針に変更する。</li> </ul> <p>閣議決定 経済財政改革の基本方針2008</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去最大規模に増員。→2009年医学部定員8486人。</li> </ul>	
2009	<p>「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・OECD 平均医師数に鑑み50％程度医師養成数増を目指す。</li> </ul> <p>→文科省2010年医学部定員最大370人増加の方針発表。</p> <p>奨学金と合わせた地域枠 各県7人。研究医養成10人。</p> <p>歯学部定員減の範囲で医学部増30人。</p>	<p>臨床研修制度の在り方に関する検討会</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修プログラムの弾力化 必修は内科、救急のみ。将来のキャリアに応じた研修も可能に。</li> <li>・都道府県別募集定員に上限設定。→京都府は全国平均上回るので削減される見込。</li> </ul>

出典：厚生労働省の審議会・検討会資料から筆者作成

### （３）臨床研修義務化による地域的・特定診療科の医師不足顕在化

2000年の医師法改正で2004年４月から医師の２年以上の臨床研修が義務化されることになった。その趣旨は医師研修の質の向上であった。新臨床研修制度の内容は、①研修の目的として通常の病気に幅広く地域で対応できる「プライマリ・ケア」の能力をつけることを中心におくこと、②２年間の研修期間のうち当初の１年は原則内科、外科、救急部門（麻酔科含む）で研修し、その次の１年の中で、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健医療を必修として研修させること（「ローテート方式」）、③二次医療圏に最低一つの臨床研修病院を指定すること、④研修医と臨床研修病院の研修プログラムの需要・供給双方の意向をコンピュータ上でマッチングさせるシステムを構築することなど、それまでの出身大学中心であり、かつ単科の専門的な研修が多かった臨床研修から、ローテート方式による複数診療科における研修へ改善することと、研修医の希望に沿った研修先の決定が目指された。

新臨床研修の地域医療に対する影響はあまり認識されておらず、わずかに新医師臨床研修制度ワーキングチームの2003年３月18日の検討の中で全国７ブロックで一般的な８病院を対象に厚生労働省が行った「臨床研修と地域医療に関する調査」並びに４団体病院協議会及び全国自治体病院協議会が2003年２月にそれぞれの会員病院約1000病院に行った「医師確保に関する緊急調査」が紹介され、ワーキングチームの中で議論されている。<sup>(1)</sup>

「臨床研修と地域医療に関する調査」では大学は民間の中小病院に医師を紹介しないので、医師確保が困難であるという意見や一部の病院で新制度において大学病院内の研修医数が減ることを理由に大学への医師引揚げが始まっているとしている。また、「医師の確保に関する緊急調査」では調査対象病院の70%以上が大学からの医師紹介で医師を確保していること、医師確保については「従来から困難」が43%、「最近になって困難になった」20%という回答があったこと、「大学病院の医師引揚げ」が実際にあったという回答が17%であることが紹介されている。しかし、これ

表 3 臨床研修在籍状況の推移

	2003年 研修医数(%)	2004年 研修医数	2005年 研修医数	2006年 研修医数	2007年 研修医数	2008年 研修医数
臨床研修 病院	2243 (27.5%)	3262 (44.2)	3824 (50.8)	4286 (55.3)	4137 (54.7)	4144 (53.6)
大学病院	5923 (72.5%)	4110 (55.8)	3702 (49.2)	3451 (44.7)	3423 (45.3)	3591 (46.4)
計	8166 (100%)	7372 (100)	7526 (100)	7717 (100)	7560 (100)	7735 (100)

出典：厚生労働省医政局医事課調べ

に対してワーキンググループでは、北海道や東北などのかねてから医師不足のある中小病院での話ではないかという意見、経営が苦しい病院が診療科の医師数を減らすので一人の医師の負担が増えて大学で応募しても行き手がないケースがあるという意見、新臨床研修制度が定着していけば逆に地方での医師確保はスムーズになる可能性があるという意見が出され、あまり議論にならずに終わっている。

しかし、2004年に実際に新臨床研修制度が始まるとへき地周辺の民間中小病院に限らず、後に京都の事例において見られるように、地方の中核的な公的病院にも大学が医師を送れない状況が生じた。

新臨床研修制度導入前（1999年）には医師免許取得後75%の医師が大学病院で臨床研修を受けていたが、2004年以降50%を切っていたことから、大学病院で医師不足が生じた（表3）。これをカバーするため大学病院では関連病院からの中堅医師の引揚げを開始したことが原因である。

実際に臨床研修2年次目の医師に臨床研修に関する満足度を聞くと表4のように、大学病院以外の臨床研修病院の評価が高く、職場の雰囲気、研修に必要な症例・手技の経験が十分、指導医の指導が熱心といった点ではそれなりに大学病院も評価があるものの、待遇・処遇が良いという項目や雑用が少ないという項目では臨床研修病院に大きく水をあけられている。

全国医学部長病院長会議からの提言<sup>(2)</sup>（2007）によると地方の大学病院



表4 研修体制に満足している点（臨床研修病院 / 大学病院）：複数回答

	臨床研修病院	大学病院
職場の雰囲気がよい	43.2%	19.4%
研修に必要な症例・手技の経験が十分	41.5%	17.7%
指導医の指導が熱心	36.8%	25.9%
コメディカルとの連携がうまくいっている	26.2%	7.4%
雑用が少ない	26.9%	3.9%
待遇・処遇が良い	23.9%	5.1%
研修に対する診療科間（病院間）の連携が良い	19.1%	6.3%
第一志望の病院である	19.1%	7.7%
相談体制が十分に整っている	14.3%	6.5%
受入体制が十分に整っている	13.5%	7.5%
教育資源（図書）が十分	8.4%	11.7%
その他	1.2%	1.1%

出典：厚生労働省「臨床研修に関する調査」報告 平成18年8月31日

における研修医離れが加速して、北海道、東北、中国地方では50.9-56.7%減少しており、また、人口50万以上の都市では10%の減少にとどまっているのに対して、50万人以下の都市では60%減少しているなど、地方では大学病院以外の研修病院でも研修医の「過疎化」が進行しているとされている。

ちなみに都道府県単位でみれば京都府の募集定員に対する採用実績者の率は平成19年で83.2%と全国第二位である（第一位は東京都85.6%）。また、大学病院の研修定員充足率も、京都大学医学部附属病院が92.4%、京都府立医科大学附属病院が73.3%と全国平均の71.6%を上回っている。

大学病院側では初期臨床研修後、後期以降の専門医療研修には大学病院に戻ってくることを期待していたが、臨床研修後の進路としては、大学病院を研修先に選んだ者では大学に在籍しその紹介の病院で勤務研修するが80.4%であるが、大学以外の臨床研修病院で研修した者では、大学に在

籍・その紹介で勤務研修するは21.1%にとどまり、市中病院での勤務研修が65.4%にのぼっている<sup>(3)</sup>。既に緩みつつあった中堅以降の医師に対する大学医局の医師派遣能力も低下しているものと思われる。

### (3) 政治主導による医師抑制政策から増加策への転換と臨床研修の見直し

#### a. 医師の需給に関する検討会報告

新医師臨床研修開始の前年の2003年3月に北海道の郡部地域の中小医療機関で、医療法による医師必要数が満たせない医療機関が診療報酬の減額を防ぐため北海道の大学医局に報酬を払い実際には派遣されていない大学医局の医師の名義を借りて医師がいるようにみせかけている実態が判明した。このため、厚生労働省、総務省、文部科学省からなる「地域医療に関する関係省庁連絡会議」では2004年2月26日に「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」で講ずべき施策の検討項目を発表した。この時点では同年4月に始まる新制度が医師不足を生むという意識はあまりなく、へき地の中小病院を中心とした対策として次の提言をしている。

①都道府県の行政、医師会、医大、中核的病院、関係市町村長と住民からなる「地域医療対策協議会」が地域の医療対策を検討すること、②自治体病院間で中核病院に機能と医師を集中し、へき地の病院・診療所と機能連携する「再編・ネットワーク化」を図ること、③2005年度を目途に医師需給見通しの見直しを行うこととされた。

こうして、厚生労働省医政局で「医師の需給に関する検討会」が開催され、2006年7月に報告書をまとめたが、従来の医師削減政策の基本方針の路線に沿って、マクロ的には現在の医師養成数でも2022年には医師需給は均衡するという立場を変えていない。

病院の医師の勤務状況について、診療時間に教育、会議等医療に直接関係の深い業務の時間を加えた勤務時間は、平均すると週48.8時間程度であるが、若い世代ではそれを超えていることについて、将来週48時間以内にすることを目標に医師需要を計算している。しかし、当直中の休憩や待

機時間も入れると医師の病院滞在時間は週63.3時間に及んでいることが実態調査<sup>(4)</sup>で明らかになったが、そのことは計算基礎に入れなかった。また、平均在院期間の短縮化や患者の高齢化による入院需要を計算すると2040年には入院需要は現状の1.4倍になるのに対して、病院勤務医の増加ペースが現状のままでは7%増にとどまることが認識されていたが、病院の外來機能を将来的に診療所に移し病院は入院機能に特化することで需要を軽減することが可能になるとしている。

このため、医学部定員については、「医師不足県」の医学部で「暫定的に」定員を増やすことのみが提言され、これを受けて医師不足県10県<sup>(5)</sup>で10名を限度に定員が増加された。

#### b. 政府・与党の「緊急医師確保対策」

しかし、厚生労働省事務方の思惑を超えて地方の医療機関、特に産婦人科、救急を行う病院の診療科における医師不足は深刻化し、政治問題となっていくた。このため、2007年5月31日政府・与党は「緊急医師確保対策について」を決定し、次の施策を提言し、それぞれ実施に移していった。

- ① 特に医師が不足し必要性の高い病院に国が臨時的に医師を派遣<sup>(6)</sup>
- ② 産科、小児科等労働時間が過重になっている病院への交代勤務制導入等のための補助金の支給、病院勤務医に対する診療報酬の重点的な改定<sup>(7)</sup>、医師・看護婦の役割分担の明確化など
- ③ 女性医師の職場環境整備のための院内保育所の整備や復職研修実施
- ④ 研修医の都市集中是正のための臨床研修病院の定員の見直しの検討、一定期間医師不足地域で研修する費用の補助
- ⑤ 産科医療補償制度<sup>(8)</sup>の実施、医療事故調査会設置に向けた検討<sup>(9)</sup>
- ⑥ 医師確保が必要な医療機関に9年以上従事することを返還免除要件とした都道府県の奨学金と連動して、各都府県に最大5名まで（北海道は15名まで）医学部の定員増を認めるとともに、特に医師養成総数が80名未満である県を対象に最大20名まで定員増を認める<sup>(10)</sup>。

c. 舩添厚生労働大臣の検討会による「安心と希望の医療確保ビジョン」  
検討会

舩添大臣は2008年1月に、「安心と希望の医療確保ビジョン」検討会を設置し、2008年6月に「安心と希望の医療確保ビジョン」をまとめた。その第一の柱として「医療従事者の数と役割」を掲げている。医師の適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するためには、1997年の閣議決定「財政構造改革の推進について」における「医学部定員の削減に取り組む」という方針を変更し医師養成数を増加する必要があるとしている。

その他、①看護師をはじめとするメディカルの雇用数の増加、②総合的な診療能力を持つ医師の育成、③医師不足が深刻な診療科や地域に貢献する臨床研修病院の評価、研修内容の見直し、研修医受入れ数の適正化等を内容とする臨床研修制度の見直し、④女性医師の離職防止・復職支援などの勤務環境改善、⑤苛酷な勤務環境・訴訟リスクの除去、産科・小児科・救急科・外科等の増員方策の検討等を内容とする診療科のバランスの改善、⑤医師と看護師、歯科医師、薬剤師、メディカルクラークとの協働などのチーム医療の充実、を提言している。

この後、2008年7月に「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会を設け、同年9月に中間とりまとめを行った。特に医師養成数に関する部分を見てみると、表5にあるとおり、日本の人口当たり医師数が先進各国やOECDの平均を下回っていること、病院の勤務医の勤務時間や滞在時間が極めて長く過重であることに鑑みて、①21年度の医学部

表5 人口1000人当たり医師数の国際比較（2006年）

国	ドイツ	スウェーデン	フランス	OECD 単純平均	イギリス	アメリカ	日本
人口千人当たり医師数	3.5	3.5 (2005)	3.4	3.1	2.5	2.4	2.1

出典：OECD Health Data 2008

定員を過去最大定員（8,360人）を上回る程度とすること、②将来的に50%程度医師養成数を増加させることを目指し、その後医師需要を見ながら養成数を調整するとしている。

また、「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会では、医師の偏在と教育に関して、①診療科の偏在に対しては医師が不足する傾向にある救急等の診療科について産科、救急勤務医師の手当等で働きを評価するとともに、外科等について医療技術を適切に評価するドクターフィーを検討する必要があるとしている。②地域偏在に対してはへき地で働く医師の手当等の支給、医学部定員の地域枠の設定等を提言している。

これらの提言とともに、2008年6月の閣議決定<sup>(11)</sup>を受け、文部科学省では21年度の医学部定員を8,486名とした。また、2009年6月の閣議決定<sup>(12)</sup>を受けて、2009年7月17日に開かれた「地域医療の機能強化に関する関係閣僚会議」に「平成22年度における医学部定員の増員について」を報告したが、その中で地域の医師確保等の観点から2019年までの10年間にについて、緊急臨時的に最大370名程度の入学定員増を認めるとしている。

#### d. 臨床研修の見直し

新臨床研修制度がプライマリー・ケアの診療能力獲得を目標とするあまりに、多くの必修科目を設けたことに対して、外科、産婦人科、小児科等の専門学会への新人医師の参加率<sup>(13)</sup>が減少したことから、医道審議会医師部会臨床研修部会では、2009年4月に臨床研修の内容について次の変更を行った。

- ① 必修科目は内科、救急、地域医療のみとして、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科についてはそこから2診療科を選ぶ選択必修とした。
- ② 当初の12月のうち内科は6月以上、救急は3月以上研修することを原則とするが残りの期間は志望する専門科の研修もできるようにし、次の12月の間に1月以上の地域医療の研修を行うこととした。  
この結果従来のようにスーパーローテート方式で多くの診療科をめぐることも可能であるが、専門と決めた診療科を重点的に研修する

ことも可能となり、研修内容に柔軟性を持たせることとなった。

- ③ 研修医募集定員が一定数（20名以上）の臨床研修病院は小児科医及び産科医を志望する研修医を対象とする研修プログラムを必ず設けること（募集定員2名以上）とされた。
- ④ 地域偏在を是正するため、都道府県別の募集定員の上限について、人口、都道府県内の医学部定員の全国の定員総数に対する比率、面積、離島人口等を加味しても都道府県単位の医師数が多いと思われる地域に上限を設けた。この結果京都府では、研修医の上限が20年度の実績を下回る水準に抑制されることとなった。

#### （４）国の医師養成政策の変遷の評価と問題点

以上の国の医師養成政策の変遷について、若干の評価と問題点の指摘を試みたい。

- ① 医師の需給については、経済の成長率の鈍化と財政赤字を背景とした医療費抑制の要請により、1986年から2006年の度重なる検討会の報告で、現時点では日本全体の数字として不足しているが、将来過剰になるので今から医師養成数を削減する必要があるという方針がとられてきた。しかし、インフォームド・コンセントの要請による医師の負担増や患者のいつでもどこでも高度の医療を求めるニーズの高まりを十分織込んでいなかったため、結果として病院勤務医の過剰な負担が見過ごされたことは否めない。
- ② これまで医師の地域偏在、病院の特定診療科の勤務医の不足や過重労働には、へき地・救急医療対策等では対応するとしてきたが、あまり医師を増やさずにより効率的に必要な医療を確保するのであれば、今以上の病床の削減と医療機能の統合再編、欧米の多くの国で採用している病院への入院や専門外来にはまず診療所の医師の診察を経てその紹介を必要とする仕組の推進、へき地・救急・周産期など地域の政策医療にとって重要な病院勤務医の処遇が改善されるよう診療報酬や補助金のめりはりの利いた重点的投入を行うことが必

要となると思われる。他方、これらの施策の実行は患者の医療機関へのアクセスを制限したり、既存の診療報酬の配分変更を意味するので、さまざまな障害も予想される。

医師の全体数の増加は必要な地域・診療科における医師確保に必ずしも直結しないことや、日本の歯科医師やドイツの医師の現状のようにやがては医師過剰になることも予想されるので、当面医師養成数は増やしつつも、過剰地域の病床削減と中核的な医療機関への再編統合、診療所等からの紹介の推進による中核病院の外来の制限による病院勤務医師の負担軽減など、システム効率化の努力も並行して行う必要があると思われる。

- ③ 新臨床研修制度の評価については、その趣旨であるプライマリケアの診療能力の向上や、臨床研修義務化による医師の質向上の方向性は間違っていたとはいえず、大学医局の前時代的な側面について医師が不満を持っていたことも事実であり、「医師の名義貸し」に象徴されるように大学の派遣能力の衰えを顕在化しただけという評価もある。しかし、大学医局の地域中核医療機関への医師派遣という公共的機能が急速に失われたことも事実である。

後知恵的には、現在提言されているように臨床研修内容を専門医志向の者にも配慮したものとすること、大学以外の臨床研修指定病院の指定要件として、地方の中核医療機関への研修医等の派遣や、産科・救急など必要な分野の医師養成コースを設けることなど、大学の持つ機能を代替する医療機関に、段階的に臨床研修の指定を拡大すべきだったと思われる。今後についても、指定権限を地域医療事情に詳しく、地域の医療供給体制を設計する権限と責任を持つ都道府県へ移譲することを検討した方が良いと考える。

- ④ 医師の地域や診療科による偏在は、国の全体養成数拡大政策や診療報酬制度だけでは解決しない。前述の国による都道府県単位の研修医数の上限設定は、京都府には不利に働くものである。地域のニーズに基づき政策医療を担う医療機関に適切に医師が確保されるに

は、地方医大の入学定員枠に地元出身の地方枠を設けたり、奨学金、補助金による誘導を行う等地方自治体がその地域のニーズにあった政策を講じる必要がある。

次の節では、京都府北部、特に舞鶴市における公的医療機関の医師不足による医療機能の低下とその対策の検討について見てみたい。

## 註

- (1) 新医師臨床研修制度検討ワーキンググループ資料3及び資料4 同ワーキンググループ議事録(2003年3月18日)
- (2) 全国医学部長病院長会議「医師養成のためのグランドデザイン全国医学部長病院長会議からの提言」(2007)
- (3) 厚生労働省「臨床研修に関する調査」報告(2006年8月)
- (4) 厚生労働省「医師需給に係る医師の勤務状況調査」(2006年3月)
- (5) 2006年8月に文部科学省は新医師確保総合対策として、青森、秋田、山形、岩手、福島、新潟、山梨、長野、三重の医師不足県の国・公・私立の医学部定員各10名の増員を認めるとともに、自治医科大学の定員も10名増加を認めた。
- (6) 国の斡旋で日赤、国立病院機構等の公的団体の医師や応募医師を派遣している。2009年現在8か所の病院に医師を派遣。
- (7) 2008年度の診療報酬改定で病院勤務医対策に1500億円配分し、産科・小児科の重点配分や医療事務作業補助者の配置により医師の負担を軽減した場合は評価している。
- (8) 2009年1月より重度の脳性まひで生まれた出生児に一時金600万円、20年間で2400万円の計3000万円の無過失補償を行う保険制度を開始、その保険料分3万円を出産一時金に付加している。
- (9) 2007年4月に厚生労働省は「診療行為に関連した死亡にかかる死因究明等の在り方に関する検討会」を設置し、医療事故の可能性のある事案の死因究明と再発防止策の検討を行う医療事故調査会の設置に向けた検討を現在も継続している。
- (10) 2007年9月文部科学省は「緊急医師確保対策」として医学部定員増を認め、2008年度より医学部定員は7,793名となった。
- (11) 2008年6月27日閣議決定「経済財政改革の基本方針2008」「新しい医師養成の在り方(注)を確立する。」とし、(注)で「早急に過去最大規模まで(医学部定員を)増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。」とされた。



(12) 2009年6月23日閣議決定「経済財政改革の基本方針2009」「医師等人材確保対策を講ずる」

(13) 学会新規入会者：外科学会2003年約1200人→2004年約700人→2007年約900人

小児科学会2003年約850人→2004年約400弱人→2007年約700超人

産婦人科学会2003年415人→2004年138人→2007年385人

### 3 京都府北部特に舞鶴市の公的病院の医師不足の現状と課題<sup>(14)</sup>

#### (1) 2003年以前の舞鶴市の恵まれた医療環境

##### a. 舞鶴市の概況と4つの公的病院

舞鶴市を含む中丹医療圏の地域は、舞鶴市、福知山市、綾部市からなる圏域である。人口は中丹地域では2005年で約21万人、舞鶴市は9.2万人であったが、ともに人口は減少傾向にあり、高齢化率は2005年中丹圏域全体では31.2%、舞鶴市では23.8%と日本全体(20.1%)や京都府(20.0%)の平均より高齢化が進んでいる。

舞鶴市は低い山地により旧城下町地区の西舞鶴地区と港湾都市の東舞鶴地区に分かれている。京都駅からJRで東舞鶴駅までは特急で約1時間40分の時間距離があり、気候的には太平洋側の気候の京都市とは異なり日本海側の気候で冬季は雨と雪が多い。

舞鶴市は2001年当時病院10カ所、診療所62カ所、人口10万対病院病床数は1917.7床と全国平均(1293.7床)を大きく上回り、人口10万人対医療施設従事医師数も2000年で243.1人と全国平均191.6人を上回っていた。

舞鶴市の東舞鶴地区は国立舞鶴医療センター(2002年当時550床 一般病床395床、精神病床155床)、舞鶴共済病院(2002年一般病床320床)、市立病院の舞鶴市民病院(2002年236床 一般病床213床、療養病床23床)、西舞鶴地区の舞鶴赤十字病院(2002年198床 一般病床150床 療養病床48床)の4つの公的病院があり、医療的に恵まれた状況にあった。

##### b. 舞鶴市民病院の内科系の特別な研修制度とその廃止

舞鶴市民病院は、2002年には12の診療科に35人の常勤医師を擁し、236

床の総合病院として、市民の専門医療や入院の機能にも対応していた。

内科には12名の常勤医が所属していたが、背景にはアメリカから臨床の指導医を招くなどユニークな専門医療の研修制度により、地方圏にありながら研修医を多く集める特殊性があった。他にも小児科2名、呼吸器科、消化器科にも各1名の常勤医がいた。外科系も外科に6名、整形外科3名、脳神経外科4名、産婦人科2名、放射線科1名の常勤医がおり、舞鶴市や中丹地域等京都府北部の2次救急体制の一翼を担っていた。ところが特殊事情として、2002年時点で6,653万円の病院の経常赤字の合理化等のために、海外から指導医を招くユニークな研修制度の維持が困難となったことなどから、2003年内科は2名を除き辞職、呼吸器科、消化器科の医師も辞職した。<sup>(15)</sup>内科は医師という収入の源泉をなくし、他の職員や経費は急激には落とせないことから、2003年の経常収支は2億5000万円の赤字に拡大し、さらに2004年、2005年に赤字は9.7億円、9.6億円台に拡大した。

これは新臨床研修制度の影響ではないが、新臨床研修制度後の課題となっている、どういうメリットがあれば研修医を地方圏に集められるかという問題について一つの示唆を与える事実といえる。

### c. 国立舞鶴医療センターの状況

国立舞鶴医療センターは、地域におけるさまざまな専門医療機能を果たす病院となっていた。

専門医療機能についてみると、第一に、精神の専門医療としては、155床の精神病床を有し精神救急、思春期外来等京都府にとどまらず日本海側の隣県も含めた急性期の精神医療のセンター機能を有していた。

第二に、「脳卒中」の急性期医療について、脳神経外科と神経内科医合わせて8名が勤務し、t-PAの投与による血栓溶解療法も可能な専門医療機能を果たしていた。

第三に、周産期医療について、1997年京都府周産期サブセンターの指定を受け、6床のNICUを持ち、産婦人科医と小児科医と共同で周産期の母子救急や成育医療の専門医療機能を担うとともに、2003年には舞鶴市

849件の分娩のうち294件（29％）の分娩を行っていた。

第四に、救急医療については、国立病院の独立行政法人化により、各病院の独立採算制が求められ、老朽化している病院施設の建替え費用を捻出する目的もあり、2003年当時44名いた医師が一丸となって全員でオンコール体制をとり救急を365日24時間引き受ける体制をとっていた<sup>(17)</sup>。救急の半数は小児科で軽症患者も多かったようであるが、ICU等の3次の救命救急機能がない状況の中で個室に医療機器を入れて実質ICU的な機能を果たしていた。これら努力の結果、2004年度は5億を超す当期純利益を上げ、国立病院機構の病院の中で最も良い収益率を上げていた。

## （２）新臨床研修制度以降の公的４病院の医師不足状況と２病院の経営悪化

### a. 舞鶴市民病院

舞鶴市民病院は、2003年に独自の研修制度のとりやめに伴う内科医の大量退職という特殊事情で内科医は２名となり、入院・当直の体制も含めた４名程度の必要医師数を確保できなくなった。それまで京都大学から主として医師の派遣を受けていたが新臨床研修制度後、中小病院には派遣しないという京都大学側の方針もあって、その補充はかなわなかった。さらに2006年外科系の医師（2005年医師数外科５名 整形外科３名 脳神経外科４名 放射線科１名）がこのまま内科の体制が整わないなら負担が重いという理由ですべて退職した。その後独自の医師確保努力もあって、少し医師数は回復したが、2002年度当時常勤35名の医師と非常勤の常勤換算0.97人であった医師数は、2009年度では８名の常勤医師（内科２名 呼吸器科１名 消化器科２名 神経内科１名 脳神経外科１名 歯科１名）と非常勤の常勤換算1.91人という状況であり、198床の病床（一般150床 療養48床）が医療法上許可されているが、19年度の１日当たり入院患者数は療養病床を中心に17.4人にすぎず、外来も１日あたりの患者数は49.4名にすぎないなど、病院機能をほとんど果たせない状況にある。

### b. 国立舞鶴医療センターの状況

国立舞鶴医療センターは、現在も急性期の精神専門医療機能、脳卒中の

専門医療機能を果たしており、2007年には地域がん診療連携拠点病院の<sup>(18)</sup>指定を受けるなど地域に信頼される専門医療機関を目指しているが、新医師臨床研修制度以降、府立医科大学からの派遣が十分に受けられず、その中で残された医師の負担が重くなり医師が退職するという悪循環がみられた。

第一に産婦人科は2004年に医師3名が在籍していたが、うち2名がご夫婦であるという特殊事情もあり、産科救急の当直負担に耐えられないということから退職し、2005年9月から母体の救急搬送の受け入れを中止し、2006年4月から産科医師は常勤医師0名となった。以後2008年12月に常勤医師1名が採用されるまで、医師0名が続いた。その間助産師の努力により全国でも珍しい院内助産所が開催され、2007年と2008年に11名の妊婦の登録があり7名が助産所で出産した（4名は医療的なリスクがあったので別の病院で出産した）。現在舞鶴市の800件を越す出産は2006年以降舞鶴共済病院での600件超の出産と市内の産科診療所による出産でほとんど対応されている。

国立舞鶴医療センターはこの地域で唯一のNICU 6床をもつ医療機関として未熟児等リスクの高い出産に対応する周産期医療サブセンターの機能を持つことが期待されているが、産科医1名の体制では母体の救急搬送には対応できず、別の病院で出産後、未熟児等の新生児のみをNICUで引き受ける状況で、NICUの稼働率も表6のとおり半分程度にとどまっている。

第二に、経営努力の柱であった救急については、2003年以降の舞鶴市民病院の内科の崩壊以降急増したが、医師不足の中、府立医大から舞鶴市に派遣される整形外科医が舞鶴日赤病院に集中されたこともあり、常勤医師は2008年度以降0名となり、交通事故の救急が受けられず、365日24時間救急受入の看板を取り下げ、受入患者も急減した（表7）。

舞鶴医療センターの医師数は2004年には常勤医46名と4～5名の研修医

表6 国立舞鶴医療センターのNICU稼働率

年度	2004	2005	2006	2007	2008
稼働率	90.0%	79.6%	36.1%	41.5%	48.8%

出典：国立舞鶴医療センター資料

の体制だったが、2009年には38名の常勤医と1名の研修医（精神科）に減少し、最盛期550床の病床数も現在では医療法上の許可病床数は494床（一般病床339床 精神病床155床）となっており、2007年度の1日あたり入院患者数は372.5人、うち一般病床245.4人（病床利用率72.3％）精神病床127.1人（病床利用率82％）となっている。医師不足は経営にも影響し、2007年以降単年度赤字が続き注16で述べた国立病院機構への黒字期の収益預託金も2009年度で底をつくと予想されている。

#### c. 他の2病院の状況

他の公的2病院については舞鶴市の公開している資料以外には調査できていないが、舞鶴赤十字病院は198床（一般病床150床 療養病床48床）、医師数は20名、2007年の1日あたり平均入院患者数は175.8人（病床利用率は88％）となっている。舞鶴共済病院は一般病床320床（うち10床ICU）、医師数40名、2007年の1日あたり平均入院患者数は262.7人（病床利用率82.1％）である。福井医大を中心とした医師派遣により医師は確保され、収支もほぼとんとん程度の状況にあるようある。

#### d. 舞鶴市を中心とする公的4病院再編の動き

##### ①舞鶴地域医療あり方検討委員会の答申

舞鶴市では市内の4公的病院の在り方を検討するため、2007年5月に「舞鶴地域医療のあり方検討委員会」を設置し、4公的病院の代表者と舞鶴市医師会関係者、府中丹東保健所長等をメンバーとして審議を行い、11月に市長に答申書を提出した。

表8のように2000年から2006年にかけて舞鶴市や中丹地域の－2％程度の人口の減少や分散した病院における常勤医師不足もあって、患者は減少し、一般病床利用率も入院機能が極端に低下している市民病院を除いても低下がみられる状況にある。このため公的4病院の分担・連携による施

表7 国立舞鶴医療センターの救急患者数

年度	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
救急患者数	9,197	10,733	13,894	14,930	14,328	11,206	6,711

出典：国立舞鶴医療センター資料

表 8 舞鶴市・中丹地域の人口と公的 4 病院の状況の変化

人口		2000年10月 1 日	2008年10月 1 日
	舞鶴市	94,050人	91,119人 減少率 -3.1%
	中丹圏域	216,051人	210,129人 減少率 -2.7%
公的 4 病院の状況		2002年度	2008年度
入院患者数 (一般病床)	年間	343,739人	265,308人 減少率 22.8%
	1 日平均	941.8人	726.8人
外来総患者 数	年間	677,419人	491,882人 減少率 27.4%
	1 日平均	2,783.3人	1,965.5人
常勤医師		136人	106人 減少率 22.1%
病床利用率 (一般病床)	4 病院	88.5%	64.7%
	市民病院除く	90.2%	85.7%

出典：舞鶴地域医療あり方検討委員会資料

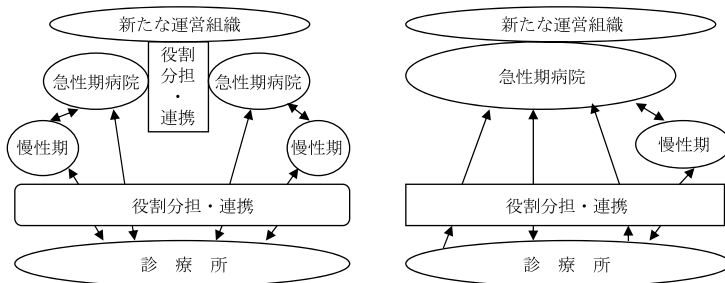


図 1 具体的な方向性 2つの案の概念図

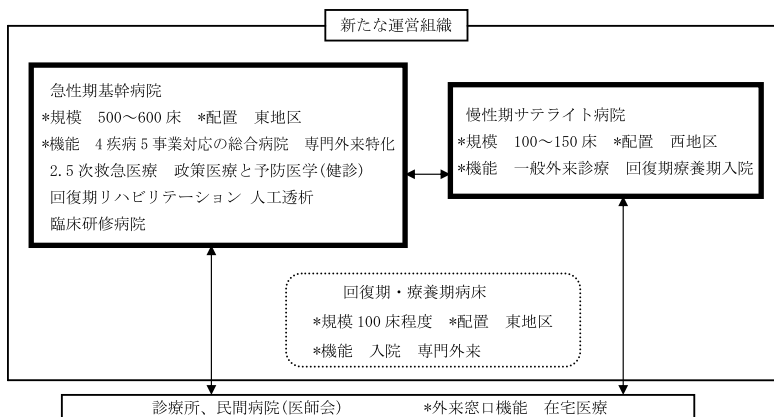
出典：舞鶴地域医療あり方検討委員会答申

設面を含めた再編を必要としており、一つの新たな運営組織の下で、慢性期病院とともに2つの急性期病院に分ける1案と、一つの急性期病院に分ける2案の2つの方向性が示された（図1）。

## ②舞鶴市公的病院再編推進委員会のグランドデザイン

前記①の答申後、2009年1月28日に4公的病院再編の方針を具体化す

図2 舞鶴市が当面目指す急性期基幹病院と慢性期サテライト病院(案)



出典：舞鶴市における『公的4病院再編グランドデザイン（案）』

るために、浅井孝司舞鶴市副市長を座長とし、4つの公的病院の代表と舞鶴市医師会関係者、京都府中丹東保健所長からなる舞鶴市公的病院再編推進委員会が設けられ、その後数回の審議を経て「舞鶴市における『公的4病院再編グランドデザイン（案）』」がまとめられた。

ここでは、公的4病院が合わせて1005床の一般病床を持ちつつ、各病院単体では専門医療を十分担いきれず医師数合計も106人ととどまり、京都市内の京都第一赤病院（664床）の常勤医師数118人にも満たない状況を踏まえて、急性期病院1つと慢性期サテライト病院に統合する案を提言している。

当面新たな一つの運営組織のもと、東地区にある3公的病院（舞鶴市民病院、国立舞鶴医療センター、舞鶴共済病院）を一つの急性期基幹病院（500-600床 精神病床数を除く）に再編し、残った病院に回復期・療養期病床として100床程度の入院・専門外来機能を残す。西地区の舞鶴赤十字病院を地域の一般外来と回復期・療養期医療の入院機能を持つ慢性期サテライト病院（100-150床）に再編する、ということを内容としている（図2）。

また、いずれの時期においても急性期基幹病院は初期臨床研修医や専門医を目指すシニアレジデント等の若手医師が集まる病院機能を整備し、「マグネットホスピタル」<sup>(19)</sup>を目指して医療の設備投資や官舎・宿泊施設の計画的整備を図るとしている。

新しい運営組織については、グランドデザインでは地方独立行政法人、社会医療法人、財団法人が考慮されるが、公的4病院の設立母体、関連大学や有識者の意見を聴いて早急に検討する必要があるとしている。

### ③舞鶴市公的医療機関再編構想の追い風と課題

舞鶴市の公的4病院を施設設備を含めた一つの急性期基幹病院に再編するという構想にとって、一つの大きな追い風と思われたのは、前自民党政権が2009（平成21）年度補正予算で打ち出した地域医療再生臨時特例交付金制度<sup>(20)</sup>（予算3100億円）である。これは、都道府県が地域の医師確保や救急医療の確保等を目的に2次医療圏を単位として作成した「地域医療再生計画」による事業構想について、大規模事業100億円を全国で10カ所、残りは30億円を全国70カ所に配布するというものであった。計画期間は2013（平成25）年度までであるが、計画期間後も恒久的な対策が講じられるよう、都道府県や市町村の負担も含めた計画を出すことを求められていた。舞鶴市は100億円規模の資金があれば、新しい総合病院を新設する費用のかかなりの部分を確保できるため、京都府に前述のグランドデザインの内容をもとに国に要望することを求めた。

問題点の第一として、各病院の設置主体である舞鶴市、国立病院機構、国家公務員共済連合会の間で、新しい運営主体に病院事業を譲渡するメリットや大義名分が異なり、統合に温度差があったことである。特に共済病院に関しては、現状では医師は確保され経営的にもほぼ収支均衡しているので、統合のメリットが見えない状況であった。国立病院機構にしても税金や財投の長期借入資金で建設された病院事業であり、事業・資産譲渡という形が想定されるが、その事業に協力する大義名分とともに、具体的な譲渡条件の交渉が課題のようである。その後2009年10月初めになって、共済病院から京都府に、医療機能の連携には協力するものの病院の統合再



編からは離脱する旨の申出があり、4病院の再編構想の一角が崩れた。

問題点の第二としては、9月に民主党政権に移行後、そのマニフェストの実行の財源とするため補正予算の一部執行停止が決定され、前述の大規模事業の100億円事業は停止され、各都道府県で2圏域ずつ合計94事業について、すべて25億円を上限とする事業となったため、病院統合には多額の地方負担を要することとなった。

この原稿脱稿（平成21年11月18日）直前の状況としては、京都府は「中丹地域医療再生計画（案）」として、舞鶴市を中心に舞鶴市民病院、舞鶴医療センター、舞鶴赤十字病院を400床以上の急性期病院と150床のサテライト病院に再編統合する総事業83.2億円の基幹的病院創設事業を国に申請した。国からの再生基金25億円以外に58.2億円の舞鶴市等事業主体の負担が必要であり、事業主体、具体的な事業計画とその財源確保についてはまだ検討途上にあるようである。今後具体的な計画や財源の確保のつめが期待される。たとえ完全な1病院への統合が困難な状況となっても、互いに公的医療機関が譲り合って周産期サブセンターや救急医療の体制が十分に機能できるような政策誘導が求められる。

#### 註

- (14) この節の舞鶴市の4病院の状況については、主として舞鶴市健康推進部医療政策室から提供された公開資料及び舞鶴医療センターの平野病院長のヒアリングと提供資料による。
- (15) 2の経緯の記述は、週刊ダイヤモンド編集部（2009）pp 30-32及び京都府関係者からのヒアリングによる。
- (16) 国立病院機構の全病院は独立採算制をとり、収益の3%の拠出金を財源として赤字病院に融資をするとともに、経営指導を行っている。また、収益を本部に預託して赤字の時の収支を補う原資とするとともに、給与は共通の基準だが黒字の病院では賞与に加算が可能とされている。診療報酬上有利な急性期医療に重点を置いた運営方針や経営努力で2008年度は145病院中104病院が黒字となり、全体でも392億円の黒字を上げている。
- (17) 救急患者は2003年10,733人から2005年14,930人、2006年14,328人となった。
- (18) 医師不足で拠点病院の条件の一つである放射線科の常勤医師は欠いている状況にある。

- (19) 東北大学伊藤教授のグループの提言に始まり、その後厚生労働省も借用している大学医局人事に頼らずとも研修医を引きつける魅力を持った医療機関を作り医師の確保を図る構想。伊藤（2007）
- (20) 平成21年6月5日厚生労働省発医政第0605003号事務次官通知「平成21年度地域医療再生臨時特別交付金の交付について」及び同日付医政発第0605009号厚生労働省医政局長通知「地域医療再生計画について」

## 4 地方の医療圏における医師確保の条件と対策の検討

### （１）医師不足の複合的理由と現行の国の施策の限界

前述のように、舞鶴市の国立舞鶴医療センターのように400床近い公的病院で医師の派遣が滞るようになったのは、新臨床制度により、それまで大学の医局以外はあまり選択肢のなかった臨床研修先について、処遇面、生活環境面、医学的に興味深い事例の多さなどで病院を自由に選べるようになり、そこにそのまま後期レジデントとしてもとどまるようになったため、大学病院が医師不足となり、その医師派遣能力が大幅に低下したことによる。

それ以外にも2002年頃から顕著になってきた医療安全や医療事故へのマスコミの斜弾姿勢や難しい出産事例での母体の死亡が刑事事件となったこと<sup>(21)</sup>などにより、産科、小児救急、外科等訴訟リスクが高い診療科が敬遠されたこと、当直等待機時間も含めれば医師の病院滞在時間が週63時間を超えている（前注4参照）という病院勤務医の過酷な状況等複合的な要因がある。これらの複合的な要因には、前注8、9のように脳性麻痺児の出産の無過失補償制度や、医療事故調査委員会設置に向けた検討、医師以外のコメディカルスタッフの増加と仕事の分担の見直し、産科、外科等リスクを伴う医師の診療報酬上の評価や手当による処遇の改善などの諸施策も必要であろう。

政府の方針も医師養成数の抑制から増加に大きく方向が転じられた。また、臨床研修の定員を医師の多い所や都会を含む都道府県の定数を制限する方針がとられている。しかし、医師の養成には医学部6年という時間が

かかり、即効性がないとともに、京都府は全体としては医師が最も多い府県のため、府全体の臨床研修の定員は削減される方向である。これでは京都府北部の医師不足の解決にはならない。

問題の難しさは、新臨床研修制度により、新人医師が自由に研修先とその後の勤務先を選べるという選択の自由が拡大される方式がとられ、その結果、職場の環境や子どもの教育、家族との生活も考慮した個々の医師の合理的な選択の結果、特定の診療科の病院勤務医や、地方の勤務が敬遠されているというところにある。

前述の「舞鶴地域医療あり方検討委員会」の検討資料として舞鶴市は、公的4病院の勤務医101人に労働状況のアンケートを行っており、48名から回答があったが、今後も舞鶴で勤務医として働きたいかという質問にたいして、「はい」と答えた者は15名（31.3%）、「いいえ」が19名（39.6%）であり、未記入2名を除く「その他」11名（22.9%）は「微妙」、「しばらくなら」、「どこでも勤務医は限界」、「条件と状況次第」と答えている。

この問題の解決策としては、都道府県内の地方圏や特定診療科への医師の勤務を促す、規制強化策と都道府県単位の医師のキャリアパスを支援する方策が考えられる。

## （２）規制強化策の検討

2008年の医療法改正で地域や診療科における医師偏在問題の対策として、都道府県医療計画に、救急医療、へき地医療、周産期医療、小児医療について定めること（第30条の4第2項）、各医療機関の開設者・管理者は医療計画の医療連携体制に協力する努力義務があること（第30条の7）、医師等医療従事者の確保について都道府県と大学、大学病院、公的病院等関係者が協議する「医療対策協議会」を設置することが明記されたこと（第30条の12第1項）、医師等従事者は医療対策協議会が定めた医師確保施策の実施に協力する努力義務があること（第30条の13）という規定が設けられた。

しかし、法律案検討の最終段階の2006年1月20日の社会保障審議会医

療部会には、より強力な規制案が事務局から提示されて議論に供された。その内容は、診療所及び病院の管理者（すなわち院長）は第10条により、臨床研修を終了した医師でなければならないと定められていたが、それに加えて、へき地医療、救急医療等の経験を一定期間（2年程度とするという事務局の説明があった）有すると都道府県知事が認める者に管理させなければならないこととするものであった。ただし、やむを得ない事情があると都道府県知事が認めた場合はこの限りでないという定めを置くこととされていた。

その考え方は、へき地や救急医療等の医師不足が社会問題化していることを背景に、前述のように、へき地医療、救急医療等を医療計画に明記し、その確保を図ることとなり、個々の医療従事者や医療機関の開設者はその事業や施策に協力する責務が規定された。医療機関の管理者は第15条で自己の医療機関に勤務する医療従事者を指導監督し業務遂行に欠けることがないよう、必要な注意をしなければならない義務があるので、管理者自らがへき地医療、救急医療等について経験を有することが不可欠であるためと説明している。

同部会委員のうち、自治体病院、公的病院関係者からは地方の救急医療等は崩壊の危機にあるので賛成という意見が出され、患者の立場として賛成という委員もいた他、弁護士資格を有する堀田委員からは、趣旨に賛成だが職業選択の自由（憲法22条）に関わる問題であるので、管理者はなんでも知っている必要があるという理屈では弱いのではないかと。救急、へき地医療の経験は緊急事態に一応の処置を施せる能力をつけるため、管理者の必要条件であるとする方がいいのではないかと。また、憲法上の権利を制約する以上、救急医療「等」の部分や、「やむを得ない場合」の除外要件を、法律上より明確に規定すべきではないかという指摘がされている。

他方、医師会や民間病院等他の委員からは、職業選択の自由、居住の自由に関わる問題であり、拙速に行うとがん等別の必要な医療の医師不足が生じたり、診療所の駆込み開業の事態を招きかねない。2年間の臨床研修の内容にへき地医療や救急医療の経験を取り込むことを検討すべきでそれ

以上の勤務の強制は行うべきではない。やる気のない者を無理やり行かせて腰掛けの勤務をさせることは問題の解決策にならない。すべての医療機関ではなく国公立病院、公的医療機関、地域医療支援病院の管理者の義務化にとどめるべきなどの意見があった。

厚生労働省ではその次の医療部会で、委員からの慎重に検討すべきとの意見や、内閣法制局からの問題点の指摘もあったため、今回の改正には盛り込まないこととしたと報告し、この改正の検討は終わった。（2006年2月23日医療部会議事録の医政局総務課長の説明）

憲法22条に定める職業選択の自由は「公共の福祉に反しない限り」という制約がつけられている。これは、無制限な職業活動を許すと①「社会生活に不可欠な公共の安全と秩序の維持を脅かす事態が生じるおそれが大きいこと」や、②「社会国家の理念を実現するためには、政策的配慮（たとえば中小企業の保護）に基づいて積極的な規制を加えることが必要とされる場合が少なくない」<sup>(22)</sup>ためとされている。そして①の消極目的の規制に関しては、「厳格な合理性」の基準で規制の必要性・合理性の審査と、より緩やかな規制で同じ目的が達成できるかどうかの検討が必要であるとされ、旧薬事法及び広島県条例の薬局の距離制限が違憲とされた判例がある（最高裁昭和50年4月30日大法廷判決民集29巻4号572頁）。他方、②の積極目的規制は立法府の裁量を広く尊重する「明白の原則」で足りるといふ説が有力だったが、近時の最高裁の判例の傾向は「目的がいずれかというより、規制目的の正当性と、規制手段の性質・程度及び必要性・合理性について、…問題となる権利の性格・内容を考慮した個別具体的な検討が求められる」<sup>(23)</sup>傾向にあるようである。

医療と職業選択の自由又は営業の自由が問題となったケースとしては、医療法の病床過剰地域の病院開設の中止勧告とそれを受けた健康保険法の保険医療機関指定拒否処分をめぐる事例（最高裁平成17年9月8日第一小法廷 判時1920号29頁）がある。この判決では医療法の勧告の趣旨が病床数を医療計画に適合する方向に誘導することにより、良質かつ適切な医療を効率的に確保するところにあり、健康保険法の医療保険の効率化に

意を用いて健康保険制度を実施されるべきという趣旨に照らすと、過剰な病床数の病院を保険医療機関に指定すると不必要又は過剰な医療費が発生し、医療保険の運営の効率化を阻害する事態が生じるおそれがあるので、保険医療機関の指定拒否処分は、健康保険法に反するものではなく、公共の福祉に適合する目的のために行われる必要かつ合理的な措置であって、職業の自由に対する不当な制約であるということとはできない、としている。

厚生労働省が2006年1月に提案した検討案の医療機関の管理者の規制はこういった基準や判例動向に照らして合理的と言えるだろうか。

堀田委員も指摘したように、規制の範囲や例外事由のあいまいさは、憲法に規定する権利を制約する法規定としては、明白性に欠けるように思われる。ただし、へき地、救急、小児や周産期の病院勤務医の不足が重要な社会問題であり、公共の福祉の要素はあると思われるので、要件・対象の検討をすればある程度の規制強化の余地はあるのではないと思われる。

堀田委員が指摘したように「管理者」だから知識経験を有している必要があるという理由だけでは合理性の面で弱いと思われる。診療所の開業医が医療計画上努力義務として協力を求められる可能性が強いのは、休日、夜間の1次的な救急の受皿に当番制で協力することだが、それには病院との連携の必要があるから、病院勤務医として2年間は救急現場で勤務せよとまで言えるだろうか。臨床研修の中で数ヶ月救急を経験すれば、後はむしろプライマリー・ケアの経験を積みばいいのではと反論されると弱い感じもする。

他方、地域医療支援病院（第4条、第16条の2）、公的医療機関（第31条）、社会医療法人の医療機関（第42条の2）の管理者については、これらの機関について救急医療の確保や医療計画の政策医療事業への協力義務が規定されているので、その管理者の要件としてへき地・救急等の経験を要件とすることは合理性が十分成り立つと思われる。また、外科系で救急患者の搬送対象となる病院や、小児科、産婦人科を標榜する病院の管理者に対して、救急、小児救急、周産期の病院勤務医の経験を求めることも合

理性が認められると思われる。ただそのような要件を課すと、本来整備を促進すべき外科、小児科、産婦人科等を標榜する病院が減る逆効果が出るおそれがあるが、急性期医療を目指す病院では、外科・小児科等を標榜しないと経営が成立ちにくいとも思われるので、その効果と逆効果を検証しながら、規制強化について検討を行う余地はあると思われる。

いずれにしても、医師は人間であり、意欲を持って働いてもらうには規制だけではなくインセンティブの働くようなキャリアパス支援方策が必要になると思われる。

### （３）都道府県単位の医師のキャリアパスの支援策－先進的取組み

#### a. 先進的取組み

初期の臨床研修制度において、国の臨床研修医補助金にも医師不足地域では若干の加算があるが、重要なのは、初期にとどまらず後期研修等の体制や認定医・専門医になるのに有利な環境を作ること、都会の臨床研修病院にない魅力をつくることであると思われる。2005年度に行われた「臨床研修に関する調査」<sup>(24)</sup>中間報告によると、大学医局に入局を希望するものは38.3%にとどまっているが、専門医・認定医等の資格の取得希望者は92.1%にのぼっている。

こうしたことから、東北大学の伊藤教授はマグネットホスピタル構想を<sup>(25)</sup>提言しており、①病床数が500床前後、②医師の教育環境が整備されている、③圏域人口が20万人という病院の設置を求めている。前述の舞鶴市の構想もこの構想にヒントを得て、病院の再編を求めるものであるが、同時に教育環境の整備策として、後期研修のレジデントが北部の医療機関で専門医・認定医の資格をとれるように、京都府全体の公立病院、府立医大、公的病院が連携したレジデント研修制度の構築が必要になると思われる。このような仕組みについて、京都府の事例も含めて、いくつかの自治体の先行事例がみられる。

第一に、京都府立医科大学医療センターと与謝の海病院の連携があげられる。京都府立与謝の海病院は、北部の丹後圏域内の天橋立の内海に臨む

与謝野町にあり、京都駅から電車とバスを乗継いでも、車でも2時間半以上かかるところにある。戦後1953年に結核療養所府立与謝の海療養所として開設されたが、その後一般病床に転換していき、現在は295床（一般病床276床、結核病床15床、感染症病床5床）と中規模ながら、丹後圏域人口11万人の中核病院として、地域の2次救急拠点としてほぼすべての救急患者を受け入れるとともに、周産期医療2次病院、へき地医療拠点病院、災害医療や感染症への対応等多くの政策医療機能を果たしている<sup>(26)</sup>。昭和40年代（1965年～75年）、この病院は医師が3人しか確保できないという事態が生じた時、府立医科大学医療センターと提携し、病院長をはじめ各診療科の責任者は大学の教職の籍を置きながら、数年の大学医局の人事ローテーションで専門医を派遣できるシステムを作った。こうすることで、科研費等の研究費も獲得できることになっている。また臨床研修も新制度になる以前より大学から3か月単位で与謝の海病院の専門医のもとで研修させるとともに、大学医局から後期研修課程の若手の医師を数年単位で派遣している。無論、地理的に不人気な場所で、子弟の教育も考えると妻帯者も多くは単身赴任となるため、大学医局への相当な働きかけや奨学金制度の活用も必要であるとのことであるが、舞鶴市の状況と比べて表9にあるように、医師数・研修医数は相当確保されており、17学会の認定医の教育研修施設の指定を受け、30人以上の専門医を擁する体制は、このシステムがあればこそのものであろう。

それでも、新臨床研修制度となってから、大学医局自体の医師がすくなくなつたため、現在脳神経外科の医師は21年度には一旦0名となり、手術が必要な場合は国立舞鶴医療センターに患者を移送している。また、ここ数年内科の医師減少により病床利用率も2002年の93.4%から2009年には77.6%に低下しているという問題があるようである。

第二の例としては、千葉県立東金病院長の平井氏<sup>(27)</sup>が紹介している千葉県立病院群を中心に、国立や公的病院と提携した臨床研修や後期レジデント研修がある。千葉県では県立病院は8つあり、そのうち6つは千葉市周辺にあるが、房総半島東部にある東金病院等も認定医のための指導医を配置



表9 与謝の海病院の診療科別医師数推移（各年6月1日現在）

	2002年	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
内科	17	17	17	15	15	14	14	14
精神科・神経科	2	2	2	2	2	2	2	2
小児科	3	3	3	3	2	3	3	3
外科	7	7	7	7	8	8	8	8
整形外科	3	3	4	4	3	3	4	4
脳神経外科	3	3	2	2	2	2	1	0
眼科	3	3	3	3	3	3	3	4
産婦人科	3	3	3	3	3	3	4	3
泌尿器科	2	2	2	2	2	2	2	2
耳鼻咽喉科	2	2	2	2	2	2	2	2
麻酔科	2	2	3	3	3	3	2	2
皮膚科	0	0	0	1	1	1	1	1
病理診断科	0	0	0	0	0	1	1	1
常勤医合計	47	47	48	47	46	47	47	46
研修医	10	10	6	13	8	7	10	5
医師総計	57	57	54	60	54	54	57	51

しつつ、千葉市周辺の病院群と提携して週に1、2日そちらで研修させる等後期レジデントのニーズにあったプログラムを作っている。また、推薦のあった優秀な者に1ヶ月程度海外研修させる制度も取り入れている。この結果2009年度までに千葉県全体で69名の初期研修と39名のレジデント医が受け入れられている。

東京都については、あまり地方圏はないのかもしれないが、都立病院、公社病院合わせて7200床というスケールメリットを活かして「東京医師アカデミー」という専門医養成制度を2008年度から創設している<sup>(28)</sup>。

また、外国の医療機関との提携により研修医を集めている事例については、かつての舞鶴市民病院もその一例といえるが、富山県の黒部市民病院

臨床研修センターでも米国ジョージア州メーコン市にある中央ジョージア医療センターと提携し、その医師を迎えた日本での研修と、米国へ5名程度1ヶ月研修させる制度を2005年度から実施している。<sup>(29)</sup>

b. 京都府全体の医師のキャリアパス支援システムづくり

これらの先行事例を踏まえ、京都府においても地域再生基金の25億円事業等を活用して、府立医科大学と与謝の海病院の連携を府下の政策医療の拠点病院全体に拡大するシステムづくりが必要ではないと思われる。

①派遣元は府立医科大学を中心としつつ、日赤病院グループ、国立病院機構グループなどに拡大し、専門医・認定医を指導できる資格のある医師や外科・産科等地域に必要な政策医療を担える中堅・若手の医師を派遣することで派遣元病院に補助金がいくようにして、数年単位で不人気な場所への配置を進める。

②派遣先は、京都府の地域保健医療計画や今度作られる地域医療再生計画で政策医療の拠点病院となる医療機関とすべきであり、府立病院に限らず、広く自治体立・国立病院機構・日赤等公的医療機関を対象として、初期及び後期臨床研修で指導できる医師を派遣する。

舞鶴地域のように、公的病院や病床数が多い地域では、併せて病院そのものの診療機能に応じた再編・統合、病床数の整理縮小を図る必要があると思われる。

③初期臨床研修や後期専門医研修志望の若手医師が地方圏域の政策医療拠点に行くインセンティブ作りの方策としては、入学の地域枠や地方勤務を返済免除条件とする奨学金制度の拡大、医学部生時代の地方圏域での数か月間の卒前教育などの推進、大学医局や京都市中心部の公的医療機関と連携した数か月・数年単位の研修プログラムづくりとその費用の支援、優秀な若手医師の短期外国留学制度の構築などが考えられる。

この原稿脱稿（2009年11月18日）直前の状況として、京都府は25億円事業の2本目として「丹後地域医療再生計画（案）」を国に提出した。その内容としては前述の府立医大の地域医療センターの強化策として同大学

に「地域専門医療講座」を開設すること、同大学の地域医療枠の定員拡大と奨学金による誘導、京都の都市部で救急医療専門医の資格をとる間の代替医師確保への補助、学会・海外研修への支援、共同保育所、医師・看護師の丹後地域の共同利用宿舎の整備が盛り込まれるようである。概ね先進事例や上記提言の趣旨と同様であるが、府立医大の医局の中には医師が不足している所も見受けられるので、大学病院以外の公的病院とも連携して、専門医派遣機能をより発展したものとしていく必要があるのではないかと考える。そのような方策の実現可能性も含めて、今後、京都府の構想の進展の推移を見守りたい。

#### 註

- (21) 2004年12月17日に福島県立大野病院で胎盤癒着の難しい症例により母親が失血死した事例で2006年2月18日に医師が業務上過失致死で逮捕、起訴されたが、2008年8月20日福島地方裁判所は無罪判決を出し、検察側は控訴せず無罪が確定した。
- (22) 芦部信喜、高橋和之補訂(2002) p 205
- (23) 尾形健(2008) p 21
- (24) 厚生労働科学研究費補助金研究「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」「卒前教育から障害教育を通じた医師教育のあり方に関する研究」(2005)
- (25) 伊藤恒敏(2007) pp 100-126
- (26) 以下の記述は与謝の海病院内藤和世病院長のヒアリング調査の結果による。
- (27) 平井愛山(2008)及び千葉県立病院群レジデント制度
- (28) 東京医師アカデミーホームページ
- (29) 黒部市民病院ホームページ

## 5 おわりに

以上、国の医師養成政策や臨床研修制度の変遷の分析、京都府北部の舞鶴市を中心とした医師不足の現状の分析、地方の医師不足解消のための規制強化策と地方圏域に若手の専門医・認定医志望者を引きつけるキャリアパス支援策の検討を行ってきた。

地域医療再生基金の国への応募は現在進行形（原稿脱稿時2009年11月

18日現在)であり、今後ともそれらの動向を見守りつつ、日本や諸外国における医師の必要な所に配置されることを誘導する規制・支援両面の医師偏在是正策について引き続き研究していきたい。

[参考文献]

- 芦部信喜、高橋和之補訂 (2002)『憲法第三版』岩波書店
- 足立幸彦 (2007)「医師をひきつける魅力的な病院を目指して」『医師不足と地域医療の崩壊. v1』東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学 (宮城県) 寄付講座
- 伊関友伸 (2007)『まちの病院がなくなるー地域医療の崩壊と再生』時事通信社
- 伊藤恒敏 (2007)「医師があつまる「マグネットホスピタル」」『医師不足と地域医療の崩壊. v1』東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学 (宮城県) 寄付講座
- 尾形健 (2008)「保健医療機関指定拒否処分と憲法22条」『別冊ジュリスト No191 社会保障判例百選 [第4版]』有斐閣
- 黒部市民病院臨床研修センターホームページ <http://www.med.kurobe.toyama.jp/kenshu/kenshusitu.htm>
- 週刊社会保障編集部 (2004)「今年4月に動き始めた新医師臨床研修制度 (上)・ (下)」『週刊社会保障 No. 2293、No. 2294』
- 週刊ダイヤモンド編集部 (2009)「存亡の危機に立つ自治体病院」『週刊ダイヤモンド2009年8月15日・22日合併号』
- 週刊東洋経済編集部 (2007)「ニッポンの医者・病院・診療所」『週刊東洋経済2007年11月3日号』
- 杉元順子 (2006)「医師不足が自治体病院の経営に深刻な打撃」『社会保険旬報 No. 2290』
- 全国医学部長病院長会議 (2007)「医師養成のためのグランドデザイン全国医学部長病院長会議からの提言」
- 千葉県立病院群ホームページ <http://www.chibakenritsubyouuin.jp/resident/index.html>
- 東京医師アカデミーホームページ <http://www.byouin.metro.tokyo.jp/academy/index.html>
- 平井愛山 (2008)「医療崩壊から再生へ 公立病院の医師のストレスとその対策」『週刊医学のあゆみ 2008.10.11 vol. 227.2』
- 八坂貴宏 (2007)「長崎健における離島・へき地の医師養成とキャリアデザイン (長崎システム)」『医師不足と地域医療の崩壊. v1』東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学 (宮城県) 寄付講座